

FACE to FACE: Programas de Rehabilitación Cardíaca hospitalario versus domiciliarios. Postura a favor de los domiciliarios.

Dr Guillermo Miranda Calderín

Rehabilitador.

H. Universitario Insular de Gran Canaria

Unidad de Rehabilitación Cardio Respiratoria.

Las principales debilidades de los programas de rehabilitación cardíaca (RC) en nuestro país son :

- Baja implantación: 30 centros en España. < 3% población candidata . Europa <20%
- Localización en hospitales grandes, generalmente en las capitales de las provincias, que dificulta el acceso a personas que vivan lejos.
- Pacientes mayoritariamente de bajo riesgo y de sexo masculino.
- Necesidad de recursos humanos, espacio y medios técnicos.
- Reincorporación laboral tardía > 6-9 meses
- La tasa adherencia al ejercicio declina tras los programas >20% anual.

El análisis de la baja implantación de la RC en nuestro país es complejo. Por un lado los países mediterráneos tienen tasas más bajas de infarto que los países del norte de Europa, pero esta tendencia está cambiando progresivamente. Los índices de participación no superan nunca el 15-20% de los potenciales candidatos en Norte America, Europa y Australia. De hecho, el infarto es la primera causa de muerte en el varón y la segunda en las mujeres. No se explica pues, que estos programas de RC que han demostrado mejorar la supervivencia en un 27% y tienen una evidencia científica incuestionable no se hayan desarrollado en nuestro país y figuremos en el furgón de cola en número de pacientes tratados. El principal prescriptor de la RC es el Cardiólogo y por tanto es el factor clave para que el paciente llegue al programa. La Dra Grace ¹ analizó las causas alegadas por el cardiólogo para no remitir al paciente a un programa. Las más prevalentes eran:

- Escepticismo sobre los beneficios del programa
- Los programas de RC de mi entorno son de mala calidad.
- Tengo malas experiencias con la RC
- Prefiero llevar la prevención secundaria de mi paciente personalmente.

Existen otros factores o barreras atribuidos al paciente, para no llegar a ingresar o finalizar un programa de RC:

- Estado civil: los casados acuden más a la RC.
- Cargas familiares.
- Comorbilidades (Diabetes, Artrosis, HTA...).
- Percepción de que el ejercicio me cansa o es doloroso.
- Distancia al centro de RC.
- Tiempo invertido en llegar al centro.
- Edad: a mayor edad ,menos acuden al programa.

- Nivel educativo: a mayor nivel educativo, más acuden.
- Cobertura de seguros médicos: a mayor cobertura, más asisten.
- Capacidad funcional: a mayor capacidad más acuden.

A pesar de llevar más de 30 años con esta modalidad de tratamiento , no hemos conseguido generalizar la prescripción de un programa de RC para todos los enfermos infartados o revascularizados. Por eso es indispensable cambiar *el chip* y buscar fórmulas alternativas domiciliarias que estén validadas , para acercar el paciente a las principales medidas de prevención secundaria, como la realización de ejercicio regular , aumentar el conocimiento de la enfermedad o mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Ahora bien , ¿están estas nuevas estrategias de tratamiento en los domicilios o en la comunidad validadas?, ¿han demostrado su eficacia.?

Para generalizar el uso de la RC en pacientes de bajo-medio riesgo

- Para generalizar el uso de la RC además de estos programas hospitalarios, que requieren medios técnicos y humanos, debemos concienciar al paciente y darles pautas para que trabaje en su casa. Comprarse un pulsómetro o un contador de pasos y enseñarle a tomarse el pulso y darle límites de esfuerzo.
- Telemedicina: Teléfono, SMS: establecer llamadas del personal de la Unidad , envío de SMS a los pacientes que lo autoricen con mensajes en positivo sobre su salud cardiovascular.
- Internet: desarrollar herramientas para dejar de fumar, beneficios del ejercicio físico y colgarlas en webs en distintos buscadores.
- Entrega de material audiovisual: Heart Manual(www.theheartmanual.com) o similar
- Charlas en el hospital o centro de salud: charlas educativas periódicas a las que puedan acudir los familiares,
- Miniprogramas de 1-2 semanas en el hospital y continuarlos posteriormente en casa.
 - Enseñar a tomarse el pulso, monitorizar varios días y “quitar miedos”.
 - Establecer la frecuencia cardiaca de seguridad
- Potenciar la Fase III (gimnasios comunitarios, circuitos de senderos de distinta intensidad..)
- Estimular la compra de podómetro o pulsómetro .

Ahora bien, todas estas experiencias para incentivar los programas domiciliarios ¿tienen evidencia científica? Repasemos algunas de ellas:

1.- Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y RC²: “los pacientes de bajo riesgo o con domicilio lejano al centro sanitario podrían beneficiarse de programas de RC no supervisados, incluyéndose aquellos realizados en centros de salud; aquellos pacientes previamente instruidos y de

bajo riesgo pueden realizar ejercicios en el hogar sin tener que ser supervisados continuamente...”

2.- El estudio BRUM³ (The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study) demuestra que el programa domiciliario no produce resultados inferiores a los programas tradicionales.

- Las variables primarias analizadas fueron: Colesterol, T/A, Test lanzadera, Ansiedad-depresión, cesación tabáquica. Las variables secundarias fueron: Cuestionarios de frecuencia de alimentos, utilización recursos sanitarios, Euro Quol 5D, muerte, eventos cardiovasculares.
- El *Heart Manual* es un libro en formato audiovisual que guía al paciente en distintos capítulos sobre los distintos aspectos de la enfermedad cardiovascular: dieta, ejercicio, medicación..
- La intervención domiciliaria consistió: dar el *Heart Manual* +3 visitas domiciliarias +contacto telefónico+ obligación de hacer al menos 15 mts de ejercicio moderado-intenso diariamente.
- **Conclusión:** el programa domiciliario no produce resultados inferiores a los programas tradicionales hospitalarios.

3.-En el metanálisis llevada a cabo por Jolly et al⁴ se concluye que en la rehabilitación domiciliaria versus manejo convencional, existen mejoría en la cifras tensionales sistólicas en el nivel de reducción tabáquica y en la medida de la capacidad funcional. Comparando la rehabilitación domiciliaria frente a la del hospital y utilizando como parámetros a medir la capacidad física, la calidad de vida y los factores de riesgo modificables se concluye que en pacientes de bajo riesgo los resultados de la rehabilitación domiciliaria no difieren de aquellos obtenidos en pacientes que realizan el programa hospitalario.

4.- El estudio EXERT (Exercise Evaluation Randomised Trial)⁵ se llevó a cabo en personas de entre 40-74 años, con más de un factor de riesgo cardiovascular. Se asignaron a tres grupos: El primer grupo recibió clases de ejercicios supervisado durante 10 semanas. El segundo recibió un programa de marchas supervisado y el tercero solo información acerca del ejercicio y donde se podía realizar. Los resultados ofrecieron datos en el sentido que los tres grupos mejoraron, siendo el último más barato. No existieron diferencias en los parámetros bioquímicos, calidad de vida (SF36) y la mayoría de los pacientes realizaron > 150 mts /semana de ejercicio. Este estudio revela, que incluso aquellos pacientes a los que se les da información general y se les facilita la dirección o el acceso a gimnasios municipales, senderos urbanos... obtienen mejoría. Por lo tanto en pacientes de bajo riesgo, que vivan lejos, con recursos económicos bajos podemos pensar en programas alternativos realizados en la comunidad o cerca de su domicilio. Esto siempre es mejor que ninguna intervención.

5.- En nuestro país el Ministerio de Sanidad y Consumo ha realizado un Informe sobre la efectividad y coste-efectividad de la rehabilitación cardíaca en el ámbito extra hospitalario⁶. Se concluye que la RC realizada en un ámbito extra-hospitalario como el hogar o los centros de salud, puede ser tan segura y efectiva como la RC realizada en una unidad hospitalaria en pacientes de bajo riesgo cardíaco que hubieran sufrido un infarto.

6.- Los dispositivos tecnológicos como los podómetros o los acelerómetros (más complejos y más caros) permiten cuantificar el ejercicio que realizan los pacientes. Oliveira et al⁷ en un estudio casos control de 30 pacientes, demostró que la realización de 2 charlas educativas, una visita a domicilio y dos llamadas telefónicas fueron suficientes para conseguir que los pacientes caminaran más de 30 minutos diarios , de manera moderada a intensa, durante al menos cinco días a la semana. Este es el objetivo mínimo que debe cumplir cualquier paciente cardiópata.

Conclusión: Aunque existe poca experiencia y ésta está centrada en países anglosajones, en nuestro medio debemos articular la posibilidad que el paciente pueda hacer un programa semiestructurado, parcialmente guiado ,en su domicilio. Estos programas pueden estar coordinados desde la propia Unidad de RC hospitalaria o desde los Centros de Salud. También parece interesante la idea de los miniprogramas, en los que los pacientes hacen un programa recortado de 1-2 semanas en donde aprenden la manera de hacer ejercicio y pueden asistir a charlas educativas .Para aumentar la adherencia al trabajo domiciliario es fundamental las llamadas telefónicas o las visitas a domicilio o los SMS. Se deben articular programas de RC mixtos o exclusivamente domiciliarios , para aquellos pacientes que tengan barreras para asistir a los programas convencionales (mujeres con carga familiar, pacientes que vivan lejos, aquellos con necesidad de incorporarse a su trabajo) en el hospital y sean de bajo-moderado riesgo. Los pacientes de alto riesgo deben hacer la RC en el hospital.

¹ Grace SL, Gravely-Witte S, Brual J, Monette G, Suskin N, Higginson L, Alter DA, Stewart DE Contribution of patient and physician factors to cardiac rehabilitation enrollment: a prospective multilevel study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008 Oct;15(5):548-56

² Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, Muñiz J, Casasnovas JA, Plaza I, Abadal LT. Guidelines of the Spanish Society of Cardiology for cardiovascular disease prevention and cardiac rehabilitation. *Rev Esp Cardiol.* 2000 Aug;53(8):1095-1120.

³ Jolly K, Lip GY, Taylor RS, Raftery J, Mant J, Lane D, Greenfield S, Stevens A. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study (BRUM): a randomised controlled trial comparing home-based with centre-based cardiac rehabilitation .*Heart.* 2009 Jan;95(1):36-42

⁴ Jolly K, Taylor RS, Lip GY, Stevens A. Home-based cardiac rehabilitation compared with centre-based rehabilitation and usual care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol.* 2006 Aug 28;111(3):343-51.

⁵ Isaacs AJ, Critchley JA, Tai SS, Buckingham K, Westley D, Harridge SD, Smith C, Gottlieb JM Exercise Evaluation Randomised Trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only.*Health Technol Assess.* 2007 Mar;11(10):1-165

⁶ García Pérez, L et al. Efectividad y coste-efectividad de la rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica en el ámbito extra-hospitalario.

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 06/12 (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo.)

⁷ Oliveira J, Ribeiro F, Gomes H Effects of a home-based cardiac rehabilitation program on the physical activity levels of patients with coronary artery disease. *Cardiopulm Rehabil Prev.* 2008 Nov-Dec;28(6):392-6